



SELIMED GmbH Lortzingstraße 16 58540 Meinerzhagen

Wahlrechtserklärung



Die Selimed GmbH hat mich heute umfassend in allen Fragen rund um meine Versorgung mit allen Hilfsmitteln beraten.

Ich erkläre hiermit, dass meine Versorgung mit Hilfsmitteln für den Bereich

Ab dem _____ über die Firma Selimed GmbH erfolgen soll. Die Selimed GmbH ist der Leistungsbringer meiner Wahl. Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass die Selimed GmbH diese Wahlrechtserklärung bei meiner Krankenkasse zur Kenntnis einreicht.

Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

1. Versicherter		
Name, Vorname:	Versicherten-Nr.:	Krankenkasse:
Straße:	Einrichtung:	Geburtsdatum:
PLZ, Ort:	Datum, Unterschrift:	

2. Vertreter/Betreuer	
Name, Vorname	
Straße:	PLZ, Ort:
Ort, Datum:	Unterschrift:

Lortzingstraße 16
58540 Meinerzhagen
Telefon 02354/70883-0
Telefax 02354/70883-10

eMail: info@selimed.de
internet: www.selimed.de
Geschäftsführer:
Kai Selig

Vereinigte Sparkassen
im Märkischen Kreis
Kto.-Nr 701 044 27
BLZ 458 510 20

Deutsche Bank
Altena
Kto.-Nr. 2345676
BLZ 445 700 24

IK-Nr. 590591425
USt.-ID 189092030
AG Iserlohn HRB 4838
Gerichtsstand Meinerzhagen

Kostenlos: HOTLINE
01800 467 161 71